

Neurologens synpunkt på användningen av nya orala antikoagulantia vid förmaksflimmer

När befolkningen åldras och rytmstörningsdiagnostiken förbättras kommer antikoagulantibehandlingarna att bli vanligare. Nya orala antikoagulantia används i allt större utsträckning som förebyggande medicinering av hjärtrelaterad stroke. De är lika effektiva som varfarin, men hos användarna har observerats färre intrakraniella blödningar än hos patienter som behandlas med varfarin.

Var femte person i pensionsåldern lider av förmaksflimmer vars farligaste komplikation är stroke. Var tredje stroke är hjärtrelaterad och utan förebyggande medicinering drabbas var tjugonde person som lider av förmaksflimmer av en stroke.

Risken för förnyad stroke på grund av förmaksflimmer är som högst 10 % om året beroende på patientens ålder, kön och associerade sjukdomar. Förebyggande behandling inleds så snabbt som möjligt hos patienter som är utsatta för stor risk. Hjärtrelaterade orsaker kräver permanent antikoagulantiamedicinering även om förmaksflimmeret uppkommer anfallsvis.

Nya orala antikoagulantia förhindrar stroke orsakad av förmaksflimmer lika effektivt som varfarin som använts i ett halvt sekel, men de kräver inte rutinmässig uppföljning av antikoagulationsresponsen. Det är dock inte ännu möjligt att följa upp läkemedelshalter i nödsituationer och regelbunden användning av dessa läkemedel förhindrar vissa jourbehandlingar som till exempel intravenös trombolysbehandling.

Effektiv förebyggande medicinering förebygger stroke och sparar pengar

Omkring 11 500 personer i Finland insjuknar årligen i blodcirkulationsstörningar i hjärnan och 80 % av dessa får en stroke. Vidare förekommer bland annat TIA-attacker (transient ischemic attack, övergående störning i hjärnans blodcirkulation) och hjärnblödningar. Minskning av den totala risken för stroke är förenad med behandling av blodtryckssjukdom och diabetes, högt kolesterol och fetma även genom ändrade levnadsvanor.

Om patienten tidigare haft en stroke eller TIA krävs antikoagulation som sekundärpreventiv behandling av förmaksflimmer. Effektiv förebyggande behandling minskar avsevärt sannolikheten för att drabbas av stroke och därför ingår permanent medicinering alltid i behandlingen.

Kroniskt förmaksflimmer är den vanligaste orsaken (> 50 %) till hjärtrelaterad stroke. Andra orsaker är bland annat en mekanisk artificiell hjärta. En patient som insjuknar i stroke orsakar kostnader för ungefär 90 000 euro under sin livscykel och därför uppnås betydande samhällsekonomisk nytta genom effektiv behandling som förebygger stroke.

Symtom på stroke är ensidig svaghet i extremiteterna, känsellöshet eller instabilitet, hängande mungipa, störningar i talförmågan, syn- eller balansstörningar och svårigheter att gå. Symtom på kardiogen emboli är plötsliga symtom vid fysisk belastning, nedsatt medvetande och krampanfall när symtomen börjar, afasi, bristfälligt synfält samt hemorragisk, omfattande infarkt i flera ådror eller organ.

Snabbhet är allt i allo vid behandling av stroke och till exempel trombolysbehandling kan ges inom 4,5 timmar efter de första symtomen. Om stroke inträffar under antikoagulantibehandling är orsaken ofta dålig behandlingsbalans.

Endast omkring hälften av åldringarna är medvetna om att de har förmaksflimmer

Hälften av alla patienter med förmaksflimmer är inte medvetna om rytmstörningarna och risken för blodcirkulationsstörningar i hjärnan som dessa orsakar. Även en lekman kan identifiera egna rytmstörningar genom att känna på sin puls. Diagnostisering och antikoagulantibehandlingar av symtomfritt förmaksflimmer kommer att bli vanligare under de närmaste åren i och med utvecklingen av utrustning som är avsedd för långtidsregistrering.

Risken för stroke och blödning bedöms individuellt

Risken för stroke hos patienter med förmaksflimmer är 10 % hos patienter med stor trombosrisk beroende på ålder, kön och sjukdomar. Med hjälp av skalan CHA2DS2-VASC är det möjligt att bedöma hur stor risken är för förmaksflimmerpatienter för vilka oral antikoagulantibehandling planeras men som inte ännu insjuknat i stroke (ESC 2010).

Åldern är den viktigaste predisponerande riskfaktorn: risken är liten hos personer under 50 år och ökar med åldern. Hjärtsvikt ökar förekomsten av stroke årligen med 7 %, diabetes med 2 %, kranskärslssjukdom med över 1,5 % och högt blodtryck ökar förekomsten lineärt. Högt blodtryck är den viktigaste behandlingsbara riskfaktorn och blodtryckssjukdom vars behandling är i balans ökar inte strokerisken hos en patient med förmaksflimmer. Övriga riskfaktorer är rökning, överkonsumtion av alkohol, dyslipidemi och även det kvinnliga könet i anslutning till de övriga riskerna.

En tidigare stroke ökar risken för blödningar som bedöms enligt poängsystemet HAS-BLED (Pisters ym. 2010). Enligt riskpoängsättningen ökar risken för allvarliga blödningskomplikationer när blodtrycksnivån överstiger 160 mmHg, när patienten är över 65 år gammal eller när patienten har funktionsstörning av njurarna eller levern, svag antikoagulationsbalans, medicinering som ökar risken för blödningar eller överkonsumtion av alkohol.

Ur en neurologs synvinkel betraktat är det problematiskt att flera faktorer som ökar benägenheten för blödningar ökar även benägenheten för stroke. Antikoagulantibehandling rekommenderas alltid om patienten har haft en stroke eller TIA och HAS-BLED-poängen är under två varvid den årliga risken för allvarliga blödningar är under 2 %.

Nya orala antikoagulantia förebygger effektivt störningar i hjärnans blodcirkulation

Nya generationens antikoagulantia kan användas för att förebygga stroke orsakad av icke-klaffrelaterat förmaksflimmer och rutinmässig uppföljning av koagulationsvärdena är inte nödvändig när dessa läkemedel används. Doseringen fastställs individuellt för varje patient utifrån dennes ålder, blodtryck samt njur- och leverfunktion.

Dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto) och apixaban (Eliquis) som säljs i Finland omfattas av begränsad grundläggning med B-utlåtande. Dabigatran är en direkt trombinhämmer som avlägsnas i oförändrad form via njurarna. Rivaroxaban och apixaban är hämmare av den aktiverade koagulationsfaktorn X (FXa) som avlägsnas dels via metabolismen, dels via njurarna.

Stroke är den mest fruktade komplikationen av antikoagulantibehandling

När antikoagulantia ordineras ska man ta i beaktande varje enskild patients blödningsrisk och fästa uppmärksamhet vid kontraindikationer, varningar och försiktighetsåtgärder i anknytning till användningen. Ökad blödningsrisk föreligger om patienten tidigare haft en allvarlig blödning eller lider av anemi, trombocytopeni, brist på koaguleringsfaktorer, okontrollerad hypertension eller allvarlig njur- eller leversvikt.

Om patienten är ålderstigen och har till exempel amyloid angiopati eller multipla mikroblödningar upptäcks i patientens huvud i samband med magnetavbildning, är antikoagulantibehandling i allmänhet kontraindicerad. Njursvikt kan vara en kontraindikation eller en orsak på grund av vilken det är skäl att överväga att låta bli att använda läkemedlen eller minska doseringen.

Förutom att blödningsrisken är större under antikoagulantibehandling är blödningen även håftigare och långvarigare. Det saknas en standardiserad God medicinsk praxis -rekommendation vid stroke under användning av antikoagulantia och produktinformationen för respektive preparat innehåller egna anvisningar om hur patienten ska behandlas i fall av komplikationer i form av blödningar.

Det är skäl att notera att det för närvarande inte existerar några specifika antikroppar för de nya preparaten och att det inte ännu är möjligt att mäta den exakta inverkan av läkemedel i jourförhållanden.

Antikoagulantibehandling inleds beroende på hur omfattande stroke är

Sekundärpreventiv behandling av TIA-patienter och små stroke kan inledas under de första dagarna efter en stroke. Behandlingen av medelstora och stora stroke inleds efter 1–2 veckor om kontrollavbildningen av hjärnan inte visar blod.

En behandlingsdos av småmolekylärt heparin kan inledas genast i små stroke och en dos som förebygger ventrombos i medelstora och stora stroke. Oral antikoagulantibehandling inleds, beroende på fallet, till exempel efter 1–12 dygn i behandlingen av TIA, liten, medelstor och omfattande stroke. INR-värdet ska vara under 2,0 när bytet från varfarin till en ny oral antikoagulant görs.

Samtidig trombos- och blödningsrisk en utmaning för neurologen

Utmaningen vid antikoagulantibehandling utgörs av samtidig trombos- och blödningsrisk hos en patient som är ålderstigen och hypertensiv, som lider av diabetes och som har njursvikt och anlag för blödningar.

När behandlingen med ett nytt läkemedel inleds ska patienten informeras om osäkerhetsfaktorerna som är förknippade med behandlingen till exempel i fall av en akut operation, skada eller allvarlig blödning.

Satu Mustanoja
Docent i neurologi
HNS, neurologiska kliniken, Stroke Unit

Denna artikel har publicerats i Sic!-tidskriftens och -webbtidskriftens nummer 1/2014.

[Takaisin](#)

LITTERATUR

Pisters R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation. Chest 2010; 138: 1093–2000.

The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2010; doi: 10.1093/eurheartj/ehq278.
